

## Política de Asistencia Financiera al Paciente

### Propósito:

La misión de Faith Regional Health Services es Servir a Cristo proporcionando a todas las personas servicios médicos ejemplares en un entorno de amor y cuidado. Faith Regional desea fomentar su misión caritativa proporcionando a los pacientes desfavorecidos económicamente y a otros pacientes calificados que vivan dentro de su área de servicio una vía para solicitar ayuda financiera para la atención no electiva de pacientes de acuerdo con los requisitos de la normativa 501 (R) del Servicio de Impuestos Internos.

Faith Regional se compromete a prestar servicios de atención médica y reconoce que, en algunos casos, el paciente no podrá pagar económicamente los servicios recibidos. Faith Regional cree que los servicios de atención sanitaria médicamente necesarios y de emergencia deben ser accesibles para todos, sin distinción de raza, credo, color, religión, estado civil, nacionalidad, edad, discapacidad, capacidad de pago, orientación sexual, identidad de género, condición de veterano o cualquier otra clase protegida en virtud de los estatutos federales o estatales pertinentes.

Esta política describe los requisitos de elegibilidad y el proceso de aprobación de la Asistencia Financiera. En general, la elegibilidad se determina comparando los ingresos del paciente en el momento del servicio con las Directrices Federales de Ingresos del Nivel de Pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estas directrices se publican anualmente y Faith Regional actualizará dichos criterios cada año según corresponda.

### Alcance:

Esta política aplica a los servicios elegibles prestados por Faith Regional Health Services y Faith Regional Physician Services, tal y como se define con más detalle en esta política. Faith Regional Health Services y Faith Regional Physician Services se denominarán colectivamente "Faith Regional" en toda esta política.

### Política:

#### A. Definiciones:

1. Importe Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés): El importe generalmente facturado por la atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, que se determina como se indica a continuación.
2. Período de Solicitud: El período de solicitud comienza treinta (30) días antes de un procedimiento/visita programada y finaliza (i) 240 días después de la fecha en que se facilite al paciente el primer extracto de facturación posterior al alta (ya sea en régimen de hospitalización o ambulatorio) o (ii) 30 días después de la fecha en que la Faith Regional proporcione al paciente la notificación final necesaria para iniciar las ECAs.
3. Asistencia Financiera Catastrófica: La responsabilidad financiera de un paciente supera el 30% de los Ingresos Familiares del paciente; no obstante, se seguirán aplicando las normas de Patrimonio Neto.
4. Acción Extraordinaria de Recaudación (ECA, por sus siglas en inglés): Acciones tomadas contra un individuo relacionadas con la obtención del pago de una factura por atención y que pueden incluir lo siguiente: venta o cesión de la deuda del individuo a otra parte, comunicación de información adversa sobre el individuo a las agencias de crédito al consumo, y ciertas acciones que pueden requerir un proceso legal o judicial según lo especificado por la ley federal, incluyendo embargos, ejecuciones hipotecarias sobre bienes inmuebles, embargo de salarios, etc. Las ECA se describirán con más detalle en la Política de Facturación y Cobro de Faith Regional.
5. Nivel Federal de Pobreza: Una medida de los ingresos publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
6. Financieramente Indigente: Un paciente cuyos Ingresos Familiares Anuales sean inferiores o iguales al 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), y el paciente no esté asegurado o esté infrasegurado; siempre que, no obstante, se sigan aplicando las normas de Patrimonio Neto.

7. Ingreso Familiar: Los ingresos totales de todos los miembros adultos que vivan en el hogar del paciente en el momento de presentar la solicitud, que hayan residido en este lugar durante al menos tres (3) meses antes y que esperen residir en ese lugar durante al menos los próximos seis (6) meses; cubierto.
8. Atención Médica Necesaria: Los servicios o suministros de asistencia médica necesarios para diagnosticar o tratar una dolencia, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplan las normas aceptadas de la medicina. Si hay una cuestión de necesidad médica, esta política se remitirá a las Directrices de Necesidad Médica de Medicaid de Nebraska.
9. Patrimonio Neto: Valor neto de los activos (activos (excluida la residencia principal del paciente) menos pasivos (excluidos los pasivos del Hospital)) de todos los miembros adultos que vivan en el hogar del paciente en el momento de presentar la solicitud, que hayan residido en este lugar durante al menos tres (3) meses antes y que esperen residir en ese lugar durante al menos los próximos seis (6) meses.
10. Seguro Insuficiente: Un paciente que tiene una cobertura de seguro médico limitada para los servicios médicamente necesarios prestados por el Hospital, ha superado la limitación de su cobertura de seguro y/o tiene deducibles, copagos o coseguros.
11. Sin Seguro: Un paciente que no tiene seguro médico ni cobertura de programas gubernamentales de asistencia médica y está exento de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) o de cualquier otro pago de terceros, como indemnizaciones laborales o reclamaciones contra terceros por accidentes.
12. Área de Servicio: Condado de Madison, NE y condados circundantes en los que Faith Regional Health Services y Faith Regional Physician Services han establecido puntos de atención médica.

#### **B. Cálculo de los Importes Generalmente Facturados:**

1. Faith Regional aplicará el “método retrospectivo” para determinar el AGB. El método retrospectivo incluirá todas las reclamaciones que hayan sido permitidas por Medicare/Medicaid/Aseguradoras Médicas Comerciales para la atención de emergencia/médicamente necesaria proporcionada por Faith Regional durante un período previo de doce (12) meses. Faith Regional calculará su porcentaje AGB al menos una vez al año calculando la suma de los importes de todas sus reclamaciones por cuidados de urgencia u otros cuidados médicamente necesarios que hayan sido permitidos por Medicare/Medicaid/Aseguradoras Médicas Comerciales durante el período anterior de 12 meses dividida por la suma de los cargos brutos asociados a dichas reclamaciones. (Suma del Importe Permitido al Pagador ÷ Suma de los Cargos Brutos = Porcentaje AGB). Según el método retrospectivo, un centro hospitalario determina el AGB para cualquier atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria prestada a una persona elegible para la Política de Asistencia Financiera multiplicando los cargos brutos del centro hospitalario por esa atención por el porcentaje de AGB. Los Cargos Brutos se definen como la tarifa completa establecida para la prestación de servicios y artículos de atención sanitaria. (Cargos Brutos x Porcentaje AGB = AGB).
2. Faith Regional calcula su Porcentaje AGB sobre una base anual. A efectos de esta política, cada nuevo Porcentaje AGB aplicará en los 120 días siguientes al período de 12 meses utilizado por Faith Regional para calcular el Porcentaje AGB.
3. Los pacientes pueden obtener el Porcentaje AGB más actual de Faith Regional y una descripción del cálculo por escrito de forma gratuita visitando a un Asesor Financiero en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska, en la recepción de la sala de urgencias o en el mostrador de admisiones, por correo en la misma dirección, llamando al (402) 371-4880 o en [www.frhs.org](http://www.frhs.org).

#### **C. Limitación de los Cargos y Cálculo del Importe Adeudado:**

1. A los pacientes que se considere que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta póliza no se les cobrará por los cuidados cubiertos por esta póliza más que los importes generalmente facturados. Los descuentos concedidos a los pacientes elegibles en virtud de esta póliza se deducirán de los cargos brutos.

#### **D. Categorías de Cuidados Elegibles para la Asistencia Financiera:**

1. Tanto la atención médica de urgencia como la atención médicamente necesaria son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. El proveedor tratante del paciente determinará si la atención es médicamente necesaria.
2. Los procedimientos cosméticos, los procedimientos de fertilidad, los procedimientos bariátricos electivos y las visitas de atención virtual no son elegibles para la asistencia financiera en virtud de esta política.
3. Joseph's, Skyview Villa Assisted Living, o Faith Regional Home Health Services no son elegibles bajo esta política; sin embargo, el Director de Rehabilitación y Servicios de Cuidados Post-Agudos, en consulta con el CFO o su designado, puede utilizar la solicitud de asistencia financiera del solicitante para determinar los descuentos caso por caso.

#### **E. Proveedores Cubiertos:**

1. La atención prestada por el Hospital y los médicos y facultativos empleados por el Hospital está cubierta por esta política. La atención prestada por médicos comunitarios independientes y otros proveedores de servicios independientes no está sujeta a esta política. Los pacientes deben ponerse en contacto con estos otros proveedores para determinar si la atención es elegible para la asistencia financiera. Los pacientes pueden obtener una lista actualizada de los proveedores que están sujetos a esta política sin cargo alguno visitando la asesoría financiera para pacientes en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska, llamando al (402) 371-4880 o visitando [www.frhs.org](http://www.frhs.org).

#### **F. Requisitos para Optar a la Elegibilidad:**

1. A menos que se aplique la Elegibilidad Presunta, los Pacientes/Garantes que soliciten Asistencia Financiera deben presentar una Solicitud de Asistencia Financiera cumplimentada con la documentación acreditativa requerida dentro del Período de Solicitud.
2. Los Pacientes/Garantes deben proporcionar una prueba de identidad en forma de una identificación emitida por el gobierno y una Prueba de Residencia.
3. Se utilizará una sola solicitud para determinar la elegibilidad de todo el hogar. Los miembros del hogar que no estén identificados en una Declaración de Impuestos Federal requerirán una prueba de residencia.
4. Los solicitantes a los que se determine que son financieramente indigentes o que reúnan los requisitos para la ayuda financiera catastrófica tendrán derecho a la ayuda financiera a menos que estén exceptuados o limitados de otro modo como se establece más adelante en esta política.
5. Por lo general, Faith Regional proporcionará asistencia financiera sólo después de que se hayan agotado todos los demás medios de asistencia financiera de las fuentes de pago disponibles, incluidos, entre otros, Medicaid y el Seguro Médico del Mercado. Los pacientes que puedan ser elegibles para Medicaid, ACA u otras fuentes de asistencia financiera y no soliciten dichas fuentes de asistencia financiera en un plazo de treinta (30) días a partir de la solicitud de Faith Regional no se considerarán elegibles para la asistencia financiera en virtud de esta política. Faith Regional ofrece asistencia en los procesos de solicitud a través de un servicio externo de determinación de la elegibilidad.
  - a. Para que los pacientes sigan siendo elegibles para la Asistencia Financiera, el paciente/garante debe solicitar y/o continuar buscando todos los beneficios a los que actualmente tiene derecho o puede llegar a tener derecho, incluyendo Medicare, Medicaid, Discapacidad de la Seguridad Social, o cualquier otro programa estatal o federal, hasta que el paciente/garante sean aprobados o denegados.
  - b. Si a un paciente/garante se le niegan los beneficios a través de cualquier programa federal o estatal debido a la falta de cooperación, es posible que no se le conceda la asistencia financiera o que ésta sea revocada, y se reversarán los descuentos, lo que dará lugar a que todas las deudas pendientes con Faith Regional pasen a ser responsabilidad del paciente/garante.

### G. Limitaciones de Elegibilidad:

1. Independientemente de la calificación como Indigente Financiero o para Asistencia Financiera Catastrófica:
  - a. Los residentes fuera del Área de Servicio generalmente no son elegibles para la Asistencia Financiera.
    - i. El CFO o su designado aprobará caso por caso a los residentes fuera del Área de Servicio que de otra manera calificarían como Indigentes Financieros o para Asistencia Financiera Catastrófica;
    - ii. Si un residente fuera del Área de Servicio requiere atención médica necesaria continuada, el paciente debe proporcionar una carta de su médico que explique la necesidad de atención en Faith Regional y la no disponibilidad de atención en el condado o estado de origen del paciente. El CFO o su designado tomarán la determinación de elegibilidad.
2. Patrimonio Neto: Cuando el 10% del Patrimonio Neto Familiar de un paciente supere las cantidades adeudadas en las cuentas existentes, el paciente/garante no reunirá los requisitos para la asistencia financiera, independientemente de los Ingresos Familiares o de la elegibilidad para la Asistencia Financiera Catastrófica.
3. Responsabilidad Ante Terceros y obligación de completar la solicitud:
  - a. En los casos de Responsabilidad ante Terceros (TPL, por sus siglas en inglés) o Compensación al Trabajador (WC, por sus siglas en inglés), Faith Regional no aplicará la asistencia financiera hasta que haya pruebas suficientes de la responsabilidad del paciente. Se requiere una carta de acuerdo del seguro frente a terceros o de un abogado. Faith Regional considerará las reclamaciones de compensación de los trabajadores de forma similar.
  - b. Los pacientes que obtengan una adjudicación financiera a través de una situación de responsabilidad ante terceros deberán informar a Faith Regional del importe de la adjudicación como ingreso. Se volverá a procesar una nueva Solicitud de Asistencia Financiera basada en la nueva cantidad de ingresos.
4. Si los fondos de la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés) superan los 250 dólares, el paciente deberá utilizar dichos fondos para pagar su parte de su bolsillo antes de ser elegible para recibir asistencia financiera. Sin embargo, en el caso de que el paciente sea elegible para la asistencia financiera después de realizar dicho pago, Faith Regional reembolsará cualquier cantidad al paciente según lo establecido en esta Política.

### H. Determinación de la Elegibilidad:

1. Faith Regional utilizará la Solicitud de Asistencia Financiera, la Prueba de Ingresos Familiares y el Patrimonio Neto para determinar la elegibilidad del solicitante.
  - a. Al calcular los ingresos de los autónomos, los gastos de depreciación (línea 13) y los gastos del vehículo (línea 9) (para cualquier vehículo utilizado también para uso personal) se añadirán a los Ingresos netos del Anexo C.
2. Por lo general, las solicitudes de asistencia financiera son válidas durante seis (6) meses a partir del momento en que se presenta la solicitud; no obstante, Faith Regional se reserva el derecho de exigir a cualquier solicitante que vuelva a presentar una solicitud si se dispone de nueva información relativa al cambio de su nivel de ingresos que pueda modificar su derecho a recibir asistencia financiera.
3. Presunta Elegibilidad:
  - a. Faith Regional se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera aunque no se haya presentado una solicitud para la atención aplicable.
    - i. Las circunstancias incluyen la falta de hogar, la muerte sin herencia y los servicios de emergencia para pacientes de Medicaid de fuera del estado.

- ii. Si al paciente se le proporcionó un nivel de asistencia financiera inferior al máximo posible en virtud de la solicitud anterior, Faith Regional:
  - a. Notificará al paciente los motivos de la presunta asistencia financiera
  - b. Notificará al paciente como solicitar una asistencia financiera posiblemente mayor
  - c. Concederá al paciente el plazo completo para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar las ECA.
  - d. Si la persona presenta una solicitud cumplimentada solicitando asistencia financiera adicional durante el Período de Solicitud, la solicitud se tramitará de acuerdo con esta política.

### **Procedimiento:**

#### **A. Solicitud de Información:**

1. Los pacientes pueden obtener una copia de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de esta política, una solicitud de Asistencia Financiera y ayuda para rellenar la solicitud de forma gratuita (i) por correo llamando al (402) 371-4880, (ii) descargándola de [www.frhs.org](http://www.frhs.org), o (iii) en persona de un Asesor Financiero en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska o en el departamento de urgencias o en los mostradores de admisión.

#### **B. Proceso de Solicitud:**

1. Los pacientes que crean que pueden optar a una asistencia financiera en virtud de esta política deberán presentar una solicitud en el formulario de solicitud de asistencia financiera de Faith Regional, incluyendo toda la documentación justificativa solicitada durante el Período de Solicitud.
2. Las solicitudes cumplimentadas deben devolverse a un Asesor Financiero en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska. Se aceptan presentaciones electrónicas enviando por correo electrónico una solicitud completa y la documentación de apoyo a [financial\\_counselors@frhs.org](mailto:financial_counselors@frhs.org).

#### **C. Solicitudes Incompletas:**

1. Las solicitudes se consideran incompletas si no se incluye la información requerida en la solicitud o no se aportan todos los documentos de la Lista de Comprobación del Paciente (incluida con la solicitud).
2. Las solicitudes incompletas no serán procesadas por Faith Regional. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, Faith Regional suspenderá todas las acciones de cobro, incluida cualquier ECA, y proporcionará al paciente una notificación por escrito en la que se establezca la información o documentación adicional necesaria para completar la solicitud.
3. El aviso por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) del Asesor Financiero que tramita la solicitud. El aviso proporcionará al paciente al menos 10 días para proporcionar la información requerida.
4. Si no se proporciona la documentación requerida en un plazo de 30 días a partir de la notificación, se enviará una carta de inelegibilidad al solicitante y se liberarán las suspensiones de cobros y las ECA; sin embargo, si el paciente presenta una solicitud completa antes de que finalice el Período de Solicitud, Faith Regional aceptará y tramitará la solicitud como completa. Las acciones de cobro, incluidas las ECA, se suspenderían de nuevo con la recepción de todos los documentos requeridos para dar tiempo a su tramitación.

#### **D. Solicitudes Completas:**

1. Para que se considere “completa”, una solicitud de asistencia financiera debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario y en las instrucciones del mismo, incluidos todos los documentos de la Lista de Comprobación del Paciente (incluida con la solicitud).
2. Tras la recepción, Faith Regional suspenderá todas las gestiones de cobro, incluida cualquier ECA tomada contra el paciente, para las cuentas que puedan reunir los requisitos para recibir Asistencia Financiera en virtud de la solicitud presentada. Las cuentas elegibles serán aquellas cuentas que aún se encuentren dentro del Período de Solicitud.
3. Faith Regional podrá, a su discreción, aceptar solicitudes de asistencia financiera completas presentadas después del Período de Solicitud.

#### **E. Determinación de la Elegibilidad para la Asistencia Financiera:**

1. Los Asesores Financieros recopilarán la solicitud de ayuda financiera, la documentación financiera y la información sobre el tamaño de la familia.
2. Tras recopilar la información y comprobar que está completa, el Asesor Financiero determinará si el solicitante está dentro de los parámetros para optar a la asistencia financiera. Faith Regional podrá tener en cuenta en su determinación (y a la hora de determinar si la solicitud del paciente está completa) información facilitada por el paciente que no figure en la solicitud.
3. Una vez que se haya determinado que el paciente/garante puede ser elegible para un descuento de asistencia financiera basado en los Ingresos y Patrimonio Neto del Hogar o Asistencia Financiera Catastrófica, la solicitud completada se enviará al Gerente de Experiencia del Paciente de PFS, al Director de Servicios Financieros para Pacientes y al Director Financiero para las aprobaciones finales.
4. En caso de que el Asesor Financiero determine que el paciente/garante no es elegible para una asistencia financiera, el Asesor Financiero enviará por correo una carta de no elegibilidad al paciente/garante exponiendo la(s) razón(es) de la denegación. El paciente/garante tiene derecho a apelar esta determinación enviando una carta solicitando una apelación de la decisión al Asesor Financiero. Una vez recibida la carta de apelación, el Asesor Financiero remitirá la solicitud completa, los documentos y la carta de apelación al Gerente de Experiencia del Paciente del SFP para su posterior revisión. En el momento de la determinación de elegibilidad, Faith Regional examinará los archivos de la cuenta del solicitante en busca de cualquier otra obligación pendiente. En caso de que se conceda la apelación, Faith Regional sólo aplicará el descuento a aquellas cuentas que aún se encuentren dentro del Período de Solicitud.
5. A menos que se retrase según lo establecido en el presente documento, dicha determinación se tomará en un plazo de 30 días a partir de la presentación de una solicitud cumplimentada oportunamente.
6. Si tiene preguntas y/o necesita ayuda para rellenar una solicitud de asistencia financiera, el paciente puede ponerse en contacto con un Asesor Financiero en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska, o llamar al (402) 371-4880.

#### **F. Importes de Ayuda Financiera Aprobados:**

1. En caso de que el paciente reúna los requisitos para recibir asistencia financiera como Indigente Financiero y no esté exceptuado de otro modo de la asistencia financiera por esta política, el paciente recibirá un Descuento según lo establecido en el Anexo A.
1. En caso de que el paciente reúna los requisitos para recibir Asistencia Financiera Catastrófica, el paciente será responsable de sus facturas médicas hasta el 30% de los Ingresos Familiares. Cualquier cantidad restante se considerará asistencia financiera según esta política.

3. Si la Asistencia Financiera proporcionada al paciente da lugar a una responsabilidad del paciente superior al AGB, se proporcionará al paciente/garante una asistencia financiera adicional de forma que el paciente/garante no sea personalmente responsable de una cantidad superior al AGB. Para determinar si a un paciente elegible se le ha cobrado más que el AGB, Faith Regional sólo tiene en cuenta las cantidades que son obligación personal del paciente. Las cantidades recibidas de terceros pagadores no se consideran cargadas o cobradas al paciente.
4. Si el paciente es elegible para la asistencia financiera, Faith Regional proporcionará al paciente una factura revisada por la asistencia médica después de la aplicación de la asistencia financiera que incluya la cantidad que el paciente debe después de la asistencia financiera, cómo se determinó la cantidad revisada, y ya sea el AGB para la atención prestada o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre el AGB para la atención prestada. Si el paciente ya ha realizado pagos a Faith Regional por el episodio de atención, Faith Regional emitirá un reembolso al paciente si los pagos fueron superiores a la obligación del paciente tras la aplicación de la asistencia financiera aprobada, a menos que dicha cantidad sea inferior a \$5. Faith Regional también tomará medidas razonables para revertir cualquier ECA que se haya tomado contra el paciente.

#### **G. Acciones de Cobranza:**

1. Para obtener más información sobre las medidas que Faith Regional puede tomar en caso de impago, consulte la Política de Facturación y Cobro de Faith Regional. Los pacientes pueden obtener gratuitamente la Política de Facturación y Cobro poniéndose en contacto con el asesoramiento financiero para pacientes en Faith Regional Health Services, 2700 Norfolk Avenue, Norfolk, Nebraska, (402) 371-4880, o descargándola en [www.frhs.org](http://www.frhs.org).

#### **H. Atención Médica de Emergencia:**

1. El tratamiento médico de emergencia se proporcionará sin tener en cuenta la capacidad de pago e independientemente de si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera. El Hospital no tomará ninguna medida que pueda interferir con la prestación de tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, exigiendo el pago antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitiendo actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia en el servicio de urgencias. El tratamiento médico de urgencia se proporcionará de acuerdo con las políticas del Hospital que rigen y aplican la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo.

#### **Otras Referencias de la Política de FRHS:**

Política de Facturación y Cobro de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo

#### **Otras Referencias:**

Norma 501(r) del Servicio de Impuestos Internos

#### **Documentos Asociados:**

- A. Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política de Asistencia Financiera al Paciente
- B. Cálculo del AGB de la Asistencia Financiera al Paciente
- C. Solicitud de Asistencia Financiera al Paciente